

本社 人・国人G (MDライフ・東・事務セ・海外給与G) → 三菱電機健康保険組合 行

被保険者
家族

海外療養費支給申請書
(海外勤務者・海外研修生 用)

米国

(医科)

令和 1 年 6 月 1 日

もれのないように必要事項を記入してください

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号(注1)	記号	1	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	
	氏 名	三菱 次郎					生年月日	昭平令 50 年 11 月 7 日						
	海外拠点名	MEUS-CYP												
	居住国名	アメリカ												
	傷病名 (日本語で記入)	風邪												
	診療期間	1年 5月 2日から					1年 5月 10日まで / 継続中							
	発病又は負傷の原因 及びその経過	5月1日に熱が出たため、翌日診療を受けた。処方された薬を飲んだが症状が 良くならないため、再度診療を受け、注射をもらった。/経過良好												
	発病又は負傷の 年 月 日	1 年 5 月 1 日		総診療費 (領収書のとおり)		300		通貨単位 (USD)						
	月別費用 明 細	年 月分		年	添付した領収書の総額を記入する									
	入院・入院外の別 (○をつける)	入院	入院外	入院した期間		年 月 日から 年 月 日まで								
傷 病 原 因 (○をつける)	1. 交通事故 (第三者行為・自損) 2. 第三者行為 3. その他													
該当被扶養者(家族) 氏 名						生年月日		続 柄						
備 考	受診者が家族の場合、記入する													

健 保 記 入 欄	支給額	¥	支給決定日		令和 年 月 日		
	換算レート		支給決定 並びに 支出決議	常務 理事	担当者		

[添付書類] 1. 領収書 (原本) 2. 2 ページ目「診療内容明細書」に医師の証明を受ける 3. 調査に関わる同意書

[注意事項] 1. 被保険者証の記号は三菱電機欄「110」、番号は「マンナンバー」を記入してください。
(*記号・番号は保険証を必ず確認してご記入ください。)
2. 本申請書に記入した該当家族が、扶養手当の対象外である場合は [] 内に○印を付けてください。→ []
扶養手当の対象外である場合、海外療養費は健保から本人国内給与に払い戻されます。経費計上は行わないでください。

事務セ担当者 受付印

全項目、医師の記入が必要です。本人が記入してはいけません。

記入見本

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診療内容明細書

全ての項目において、もれのないように医師に記入してもらおう

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別 <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	
Diagnosis / Symptoms 診断 / 症状 疾病名や症状を記入してもらおう			<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠		
Description of Services 診療内容		Fee 料金		Description of Services 診療内容	
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 当件の初診日 Subsequent Visit 再診 受診日を記入してもらおう				7 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room 室料 _____	
2 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no The kind of medicine 薬剤の種類 Total _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 薬が処方されていたら、薬剤名も記入してもらおう				8 Operation 手術 Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	
3 <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴 The kind of medicine 薬剤の種類 Total _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____				9 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊髄 <input type="checkbox"/> General 全身	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				10 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____	
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 _____ 回				11 Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____ <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 _____ <input type="checkbox"/> _____	
6 Medical Supplies 医療器材 _____				12 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書	

医師記入様式

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

ゴム印でも手書きでも構いません

Total Fee 合計 **領収書の合計と同じ**

Date 日付 **医師の証明日** Physician's Signature 医師の署名 **医師のサイン**

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号